

**指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム第2春緑苑 重要事項説明書**

令和7年4月1日現在

指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たり、施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

ご利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護3」「要介護4」「要介護5」の認定を受けた方が対象となります。

目 次

- 1 事業者（法人）の概要
- 2 事業所の概要
- 3 事業の目的
- 4 運営の方針
- 5 指定介護老人福祉施設サービスの概要
- 6 施設サービス計画について
- 7 サービス提供における事業者の義務
- 8 当施設が提供するサービスと利用料金
- 9 利用料金のお支払い方法
- 10 サービスの終了
- 11 利用者が入院又は長期外泊した場合の対応について
- 12 円滑な退所のための援助
- 13 当施設の利用にあたっての留意点
- 14 非常災害対策
- 15 緊急時の対応方法
- 16 事故発生時の対応
- 17 損害賠償について
- 18 身体拘束の禁止
- 19 その他の運営について
- 20 秘密保持の遵守
- 21 個人情報の利用について
- 22 個人情報の保護
- 23 利用者の尊厳
- 24 サービス内容に関する相談・苦情処理の体制

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------|-------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会 |
| 所在地 | 愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1 |
| 電話番号 | 0568-88-8302 |

2 事業所の概要

| | |
|-------|-------------------|
| 施設名称 | 特別養護老人ホーム第2春緑苑 |
| 施設所在地 | 愛知県春日井市下津町 500 番地 |
| 電話番号 | 0568-56-9171 |
| 管理者 | 施設長 ○○ ○○ |
| 開設年月日 | 平成 18 年 3 月 1 日 |
| 指定番号 | 2372502159 |

3 事業の目的

適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

4 運営の方針

- (1) 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように努めるものとします。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

5 指定介護老人福祉施設サービスの概要

(1) 提供できるサービスの地域

春日井市を中心に県内外全域を対象といたします。

(2) 職員の配置状況

| 職種 | 従業者数 |
|---------|-------------------|
| 管理者 | 1人以上（常勤） |
| 医師 | 1人以上 |
| 生活相談員 | 2人以上（うち常勤1人） |
| 介護職員 | 40人以上（常勤換算） |
| 看護職員 | 3人以上（常勤換算、うち常勤1人） |
| 管理栄養士 | 1人以上 |
| 機能訓練指導員 | 1人以上 |
| 介護支援専門員 | 1人以上（うち、常勤1人） |

(3) 主な職種の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|-----------|------------------|
| 生 活 相 談 員 | 日勤 8:45 ~ 17:30 |
| 看 護 職 員 | 早出 8:00 ~ 16:45 |
| | 日勤 8:45 ~ 17:30 |
| | 遅出 9:45 ~ 18:30 |
| 介 護 職 員 | 標準的な時間帯 |
| | A勤 21:30 ~ 7:30 |
| | B勤 7:30 ~ 16:15 |
| | C勤 12:45 ~ 21:30 |
| | D勤 9:15 ~ 18:00 |
| | 日勤 8:45 ~ 17:30 |

(4) 同施設の規模及び構造

| | |
|-----------|--|
| 入 居 定 員 | 100名 (10人×10ユニット) |
| 敷 地 面 積 | 9,578.37 m ² |
| 建 物 延 面 積 | 主たる建物 鉄筋コンクリート造4建 延床面積 7,743.25 m ² |

(5) 同施設の設備の概要

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考 |
|----------|------|-----------|
| ユニット型個室 | 100室 | 洗面台・トイレ付き |
| 共同生活室 | 10室 | |
| 浴 室 | 8室 | 一般浴室・機械浴室 |
| 医 務 室 | 1室 | |

(6) 嘱託医・協力病院の概要

ア 嘱託医

| | | |
|---------|-----------------|--------------------|
| 名 称 | 滝川医院 | |
| 所在地・連絡先 | 春日井市柏井町 2-45-1 | TEL : 0568-31-7701 |
| 診 療 科 | 内科・小児科 | |
| 名 称 | あさひが丘ホスピタル | |
| 所在地・連絡先 | 春日井市神屋町 1295-31 | TEL : 0568-88-0284 |
| 診 療 科 | 精神科 | |

イ 協力医療病院

| | | |
|---------|------------------|--------------------|
| 名 称 | 名春中央病院 | |
| 所在地・連絡先 | 名古屋市北区東味鏡 1-2401 | TEL : 052-901-6131 |
| 診 療 科 | 内科・胃腸科・循環器科 ほか | |
| 名 称 | 春日井市民病院 | |
| 所在地・連絡先 | 春日井市鷹来町 1-1-1 | TEL : 0568-57-0057 |
| 診 療 科 | 内科・外科・眼科・泌尿器科 ほか | |

ウ 協力医療歯科

| | |
|---------|---|
| 名 称 | 吉田歯科 |
| 所在地・連絡先 | 名古屋市守山区小幡中 2-22-7 TEL : 052-791-3546 |
| 名 称 | 森歯科医院 |
| 所在地・連絡先 | 春日井市上条町 8-2871-1 TEL : 0568-81-2124 |

6 施設サービス計画について

サービスの提供にあたり、施設サービス計画を作成し、利用者又は家族に説明のうえ利用者に同意をいただきます。

施設サービス計画は、利用者の心身の状況や希望に基づき、個別のサービス目標を設定し、サービスの方針と具体的な提供内容を定めるものです。

7 サービス提供における事業者の義務

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全・確保
- (2) 利用者の体調・健康状態における医師又は看護職員との連携
- (3) 利用者に対しての定期的な避難、救出その他必要な訓練の実施
- (4) 緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束の禁止
- (5) 要介護認定の更新申請の援助
- (6) 利用者の心身等の家族又は代理人への報告。利用者への要介護度変更における連絡
- (7) サービス提供記録の作成。利用者又は家族における開示請求への対応

8 当施設が提供するサービスと利用料金

サービス利用料金は、利用者の要介護度、世帯の所得等及び居住環境に応じて異なります。介護保険給付対象サービスの自己負担割合に応じた額に、サービスを受けた介護保険給付対象外サービス、居住費及び食費を加えた額を事業者にお支払いいただきます。

1月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります。

(1) 介護保険給付対象サービス

次の介護サービスについては、食費・居住費を除き、介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

| 項目 | 内容 |
|-------|--|
| 居室の提供 | 利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者や家族等と協議の上決定するものとします。 |
| 入浴 | 入浴又は清しきを週2回以上行います。利用者の身体の状況により、座位のとれない方も機械浴槽を使用して入浴することができます。 |
| 排せつ | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員等により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。 |

| | |
|-----------|---|
| 栄養管理 | 利用者ごとに栄養ケア計画を作成し、栄養管理を計画的に行います。 |
| 食事 | 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供するとともに、必要に応じて食事の介助をします。利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則として喫食を支援しています。 【食事時間】 ・朝食 7:30 ~ 8:30 ・昼食 12:00 ~ 13:00 ・夕食 18:00 ~ 19:00 |
| 口腔衛生管理 | 歯科医師又は歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、口腔衛生管理を計画的に行います。 【当施設の協力歯科医】 ・名 称：吉田歯科 医 師：〇〇 〇〇 診察日：毎週月・火曜日 |
| 健康管理 | 医師や看護職員が健康管理に努めます。 【当施設の嘱託医】 ・名 称：滝川医院 医 師：瀧川 俊邦 診療科：内科 診察日：毎週火曜日 ・名 称：あさひが丘ホスピタル 医 師：木村 修代 診療科：精神科 診察日：月2回 |
| その他自立への支援 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。 |
| 相談及び援助 | 利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又は家族に対し、その相談に適切に応じるとともに必要な助言その他の援助を行います。 |
| 社会生活上の便宜 | 毎日の生活を心豊かに有意義に過ごしていただくために、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、適宜レクリエーション・クラブ活動・行事等を行います。行政機関に対する手続きが必要な場合で関係者による手続きが困難な場合は、利用者及び家族の状況に応じ対応させていただきますので、ご相談ください。 |

【利用料金について】

- ア サービス利用料金の自己負担額は合計単位数に地域区分単価を乗じて算定した額に、介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額となります。ただし、その月に利用した単位数を合算して計算しますので、実際の利用料には端数が発生します。
- イ ご利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ウ 介護保険の給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更いたします。

【利用料金表】

ア 基本料金 (ユニット型介護福祉施設サービス費 I)

地域区分単価 (6 級地) 1 単位 : 10.27 円

| 区 分 | 単位数 / 日 |
|-------|---------|
| 要介護 1 | 670 単位 |
| 要介護 2 | 740 単位 |
| 要介護 3 | 815 単位 |
| 要介護 4 | 886 単位 |
| 要介護 5 | 955 単位 |

(各種加算)

| 区 分 | 単位数 | 内容 |
|-----------------------------|------------|---|
| 初 期 加 算 | 30 単位 / 日 | 入所日より 30 日間 (1 カ月以上入院後の入所も同じ) |
| 安 全 対 策 体 制 加 算 | 20 単位 / 回 | 入所時に 1 回 |
| 個 別 機 能 訓 練 加 算 I | 12 単位 / 日 | 専従の機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行う。 |
| 個 別 機 能 訓 練 加 算 II | 20 単位 / 月 | LIFE へのデータ提出・フィードバックの活用 |
| 日 常 生 活 継 続 支 援 加 算 II | 46 単位 / 日 | ユニット型介護福祉施設サービスの算定要件による。 |
| サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 I | 22 単位 / 日 | |
| サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 II | 18 単位 / 日 | |
| サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算 III | 6 単位 / 日 | |
| 夜 勤 職 員 配 置 加 算 II 口 | 18 単位 / 日 | ユニット型介護福祉施設を対象とする。 |
| 看 護 体 制 加 算 I 口 | 4 単位 / 日 | 介護福祉施設サービスの算定要件による。 |
| 看 護 体 制 加 算 II 口 | 8 単位 / 日 | |
| 精 神 科 医 療 養 指 導 加 算 | 5 単位 / 日 | 精神科医師による療養指導 |
| 入 院 又 は 外 泊 時 費 用 | 246 単位 / 日 | 入院や外泊をした場合は、1 か月 6 日間を限度、月をまたがる場合は最大で連続 12 日間 |
| 褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 I | 3 単位 / 月 | 褥瘡の発生を予防するため、定期的な評価を実施する。 |
| 褥 瘡 マ ネ ジ メ ン ト 加 算 II | 13 単位 / 月 | 入所時褥瘡発生リスクのある入所者について褥瘡の発生がないこと |
| 排 せ つ 支 援 加 算 I | 10 単位 / 月 | 排せつ状態の改善に向けた支援 |
| 排 せ つ 支 援 加 算 II | 15 単位 / 月 | |
| 排 せ つ 支 援 加 算 III | 20 単位 / 月 | |
| 科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算 I | 40 単位 / 月 | ADL、栄養、口腔、認知、心身の状況等に係る情報を LIFE へ提出 |
| 科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算 II | 50 単位 / 月 | |
| A D L 維 持 等 加 算 I | 30 単位 / 月 | 自立支援、重度化防止に向けた取り組みを推進 |
| A D L 維 持 等 加 算 II | 60 単位 / 月 | |
| 自 立 支 援 促 進 加 算 | 280 単位 / 月 | LIFE を活用し入所者の自立支援に関する取組を強化 |
| 経 口 維 持 加 算 I | 400 単位 / 月 | 誤嚥が認められる方 |
| 経 口 維 持 加 算 II | 100 単位 / 月 | 上記 I に歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が加わった場合 |
| 経 口 移 行 加 算 | 28 単位 / 日 | 経口摂取に移行するため、医師の指示により栄養管理を行う。180 日限度 |
| 再 入 所 時 栄 養 連 携 加 算 | 200 単位 / 回 | 入院による退所後、再度入所する際、栄養管理の状態が大きく異なる場合 |

| | | |
|------------------|---------------------|---|
| 口腔衛生管理加算Ⅰ | 90 単位/月 | 介護福祉施設サービスの算定要件による。 |
| 口腔衛生管理加算Ⅱ | 110 単位/月 | LIFE へのデータ提出・フィードバックの活用 |
| 療養食加算 | 6 単位/毎食 | 医師の発行する食事せんに基づき提供された糖尿病食等の療養食等 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ | 100 単位/月 | (Ⅱ)の要件を満たし、複数の見守り機器等のテクノロジーを導入、職員の適切な役割分担の取組がなされている場合 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 10 単位/月 | 委員会の開催、見守り機器等のテクノロジーの導入、業務改善の効果を示すデータの提供 |
| 認知症チームケア推進加算Ⅰ | 150 単位/月 | ①認知症の者の占める割合が2分の1以上②専門研修修了者の配置し、複数人の介護職員で認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる③個別の評価の実施④カンファレンスの開催 |
| 認知症チームケア推進加算Ⅱ | 120 単位/月 | (Ⅰ)の①、③及び④に掲げる基準に適合し、認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置し、複数人の介護職員で認知症の行動等に対応するチームを組んでいる |
| 特別通院送迎加算 | 594 単位/月 | 透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上通院のため送迎を行った場合 |
| 退所前訪問相談援助加算 | 460 単位/回 | 退所における情報提供等を行った場合 |
| 退所後訪問相談援助加算 | 460 単位/回 | |
| 退所時相談援助加算 | 400 単位/回 | |
| 退所前連携加算 | 500 単位/回 | |
| 退所時情報提供加算 | 250 単位/回 | |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70 単位/回 | |
| 配置医師緊急時対応加算 | 650 単位/回 | |
| | 1,300 単位/回 | 深夜の場合 |
| | 325 単位 | 配置医師の通常の勤務時間外の場合 |
| 協力医療機関連携加算Ⅰ | 100 単位/月 | 施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制 ①急変時において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保 ②施設等から診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保 ③急変時に、入院を要すると認められ場合、原則として入院を受け入れる体制の確保 |
| | 令和7年度からは 50 単位/月 | |
| 協力医療機関連携加算Ⅱ | 5 単位/月 | 上記①～③以外 |
| 看取り介護加算Ⅰ | 72 単位/日 | 死亡日45日～31日前 |
| | 144 単位/日 | 死亡日以前4日～30日 |
| | 680 単位/日 | 死亡日の前日・前々日 |
| | 1,280 単位/日 | 死亡日 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 10 単位/日 | 退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合 |
| 在宅・入所相互利用加算 | 40 単位/日 | 複数の利用者が在宅期間及び入所期間を定め、同一の個室を計画的に利用する。 |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ | 3 単位/日 | 介護福祉施設サービスの算定要件による。 |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ | 4 単位/日 | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 単位/日 | |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 120 単位/日 | 受け入れた若年性認知症入所者ごとに、個別の担当者を定める。 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | 10 単位/月 | 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関との連携体制を構築、一般的な感染症について協力医療機関等と対応の取り決めをするとともに、連携の上、適切な対応を行う。感染症対策に関する研修に参加し助言や指導を受ける。 |

| | | |
|-----------------|----------|---|
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | 5 単位／月 | 一定の条件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けた場合 |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 単位／日 | 別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し適切な感染対策を行った場合。1月に1回、連続する5日を限度 |
| 介護職員処遇改善加算 | | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施し、県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、入所者に対し指定介護老人福祉施設サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い相当する額を加算 I：基本料金、加算料金等により算定した額の1000分の140に相当する額 II： " の1000分の136に相当する額 III： " の1000分の113に相当する額 IV： " の1000分の90に相当する額 |

(2) 介護保険給付対象外サービス

| 項目 | 内容 |
|-----------------------|---|
| 日常生活上必要となる諸費用実費 | 日常生活に要する費用で、ご利用者に負担していただくことが適当であるもの。 |
| 健康管理に必要な費用 | インフルエンザ予防接種費用等 |
| 理・美容代 | 利用者の希望により有料にて、理・美容師による理・美容を提供します。 (男女共) 利用料金：1,500円 |
| 通信費 | 電話、FAX等をご利用になった場合 利用料金：実費相当額(10円から) |
| 電気料金 | 個人的に使用する(持ち込み電化製品等)場合 利用料金：50円(1点/日) |
| 居室管理料金 | ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金。 利用料金：2,140円/1日 |
| 金銭・貴重品の管理 | 利用者の希望により、金銭管理サービスをいたします。詳細は次のとおりです。 1. 管理する金銭の形態：現金ならびに当施設が指定する金融機関(尾張中央農業協同組合上条支店)に預け入れている現金 2. お預かりするもの：現金ならびに上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑等 3. 管理方法：別に定める「預り金出納管理サービス取り扱い要綱」の通りです。 管理料金：1,500円/1か月 |
| 複写料金 | ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物が必要な場合には実費をいただきます。 利用料金：10円(1枚) |
| レクリエーション、クラブ活動、行事等の費用 | ご利用者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動、行事等に参加していただくことができます。 【クラブ活動等の費用】 例：習字・絵手紙・カラオケ・おやつ作り 【行事等の費用】 例：買い物、お花見など外出等に参加された場合の実費 利用料金：材料代、交通費等の実費をいただきます。 |
| 文書料金 | 各種の証明書類 利用料金：1,000円/1件 |
| おやつ料金 | お食事とは別に利用者の希望により、おやつを提供した場合 利用料金：70円/日 |

(3) 低所得者の減免について

市町村民税非課税世帯の者で特に生計困難である者が受けられる利用者負担の減免制度です。「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」(市町村に申請が必要)を当施設にご提出頂いた方は、当該証書の有効期間中は記載の内容に基づき利用料が減免されます。

(4) 食費・居住費について

ア 食費

イ 居住費(ユニット型個室)

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、市町村へ申請することにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費・食費の負担が軽減される場合があります。なお居住費と食費に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

【負担限度額表(食費・居住費：1日あたり)】

| 負担段階 | 主な対象者 | | 食費 | 居住費 |
|-------|---|----------------------------|--------|--------|
| | | 預貯金(夫婦の場合) ※1 | | |
| 第1段階 | 生活保護受給者 | | 300円 | 880円 |
| | 世帯(世帯分離している配偶者を含む、以下同じ。)全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | |
| 第2段階 | 世帯全員が市町村民税非課税 | 年金収入(※1)+合計所得80万円以下 | 390円 | 880円 |
| 第3段階① | | 年金収入(※1)+合計所得80万円超～120万円以下 | 650円 | 1,370円 |
| 第3段階② | | 年金収入(※1)+合計所得120万円超 | 1,360円 | 1,370円 |
| 第4段階 | 世帯に課税者がいる場合 市町村民税本人課税者 | | 1,460円 | 2,140円 |

※1 平成28年8月以降は、非課税年金も含む

※2 個人の希望により特別に用意する食事、外食等にかかった費用は実費負担となり、上記金額に含みません。

※3 入院・外泊期間中における外泊時費用加算算定中は居住費が発生します。

9 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月25日前後(土日祝日の場合は次の平日)に下記金融機関から引落しをさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)また、口座振替手数料として、1回につき30円+税のご負担をお願いいたします。

金融機関口座からの自動振替

預金口座 尾張中央農業協同組合 普通口座 0003759

名義 特別養護老人ホーム第2春緑苑 利用者生活資金支払い口 責任者 倉知孝行

尾張中央農業協同組合に利用者の口座の開設をお願い致します。

10 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

サービスの終了を希望する7日前までに書面でお申し出ください。

(2) 事業者からの契約解除について

ア 事業者は、利用者が連続して7日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合、7日前までに書面により通知することによってこの契約を解除することができます。

イ 事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

(ア) 利用者及びその家族が、契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果この契約を継続しがたい事情を生じさせた場合

(イ) 利用者及びその家族による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

(ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(※)を行うなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります(暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等)。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 要介護認定により要介護3以上の判定がされず特例入所が認められなかった場合

ウ 利用者が介護老人保健施設に入所もしくは介護療養型医療施設等に入院した場合

エ 事業所を閉鎖した場合

オ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

カ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

(4) 荷物の引取について

契約を終了した日から2週間以内に荷物の引取をお願いいたします。

11 利用者が入院又は長期外泊した場合の対応について

当施設の入所中に、医療機関に入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりとなります。なお、入院又は長期外泊の期間中に限り、その居室を短期入所生活介護の居室として活用させていただくことがあります。居室として活用をした期間については、外泊時費用及び居住費の料金については発生しません。

| |
|--|
| 7日以内の短期入院の場合 |
| <p>7日以内の入院の場合は、サービス提供可能と判断した場合において退院後も再び施設に入所できます。ただし、入院期間中であっても下記の通り所定の料金をご負担いただきます。</p> <p>【入院又は外泊時費用（1日あたり）】 246単位（自己負担分）＋居住費（1日）</p> <p>※入院又は外泊時費用の自己負担分においては月6日間の負担のみとし、居住費については、補足給付の対象であっても7日目以降は全額自己負担（2,140円／1日）とします。</p> |
| 8日以上3か月以内の入院の場合 |
| <p>長期間の入院が見込まれる場合、契約を解除する場合があります。ただし、契約を解除したした場合であっても、3か月以内に退院されサービス提供可能と判断した場合は優先的に入所できるように努めます。また、当施設が満室の場合でも短期入所生活介護サービス（ショートステイ）を優先的に利用できるように努めます。</p> |

12 円滑な退所のための援助

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- (1) 適切な病院若しくは診療所又は介護保険施設等への紹介
- (2) 居宅介護支援事業者への紹介
- (3) その他保健医療サービス又は福祉サービス提供者への紹介

13 当施設の利用にあたっての留意点

(1) 〔所持品の持ち込み〕

- ア 身の周り品、衣類(一季節分)は持ち込み可能です。
- イ 貴重品及び危険物については、お手元管理はお控え下さい。

(2) 〔外出・外泊〕

外出・外泊については外出・外泊届けに記入をお願いします。欠食を希望される場合は、5日前までに届け出をお願いします。届け出のある欠食については、食費は徴収しません。ただし、5日前以降の届出に関しては、やむを得ない場合を除いて食費を徴収します。

(3) 〔面会〕

- ア 面会時間は、午前9時から午後5時までとします。
- イ 面会簿に記入をお願いいたします。
- ウ 面会時、生もの等の持ち込みはおやめ下さい。なお、食べ物を持ち込みの際は職員に連絡をお願いします。

(4) 〔家族の宿泊〕

家族が宿泊を希望される場合は、あらかじめ1週間前までに施設長に申し出て下さい。宿泊代金・食事代金を頂きます。

(5) 〔喫煙及び火気の使用〕

定められた喫煙場所以外では喫煙はできません。居室での火気の使用は固く禁止

ます。

(6) [金銭・貴重品の管理]

金銭、貴重品は紛失、盗難の恐れがありますので、持ち込みをご遠慮ください。
治療費、外出時のおやつ代、喫茶代、お小遣いとして現金で 5,000 円/2～3 ヶ月
程度のお預かりします。毎月預り金システムにて管理をしております。

(7) [健康管理]

施設で実施する健康診断は年 2 回以上受けて下さい。

(8) [洗濯]

衣類、シーツ等の洗濯は当施設で行います。洗濯機にかけられない素材のものは
ご家族で対応して下さい。

(9) [防災]

毎月 1 回以上、利用者が参加して防災訓練を実施します。

14 非常災害対策

当施設は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、
非常災害時に備えるため定期的に避難、救出等訓練を行います。

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 防災時の対応 | 職員が避難誘導、管理者連絡の上、全職員を非常呼集し応援を求めます。 |
| 防災設備 | 各部署に火災感知器、火災報知器、非常放送設備を設置しております。 |
| 防災訓練 | 毎月、防災訓練または防災教育を実施しております。 |
| 防災責任者 | 甲種防火管理者：石川 章和 |

15 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに嘱託医又はあらかじめ
定めた協力医療機関に連絡するなどの措置を講ずるほか、緊急時の場合には、「緊急連
絡先」に記入いただいた非常時の連絡先に速やかに連絡します。

16 事故発生時の対応

利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速
やかに利用者の家族、関係市町村等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事
故の拡大の防止など必要な措置を講じます。

また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに損害賠償
を行います。

17 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に
損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

18 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録を整備します。身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止の取組みをします。

19 その他の運営について

(1) 褥瘡防止のための対策について

利用者に褥瘡が発生しないよう適切な介護サービスの提供に努め、利用者の褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、褥瘡発生を防止できるよう努めます。

(2) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(3) 業務継続計画の策定等について

ア 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。

イ 非常災害対策と一体的に取り組めます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。

ウ 従業員に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(4) 感染症の予防及びまん延防止について

ア 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

イ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

ウ 従業員に対する研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(5) 質的向上を図るための研修について

従業員の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(6) 福祉サービス第三者評価実施状況

実施状況：なし

20 秘密保持の厳守

施設及びすべての従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、利用契約終了後も同様といたします。

21 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人及び身元引受人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

- (ア) 適切なサービス提供のために必要な当法人内での情報収集と情報共有
- (イ) 適切なサービス提供のために必要な他法人が行う福祉サービス事業所等との情報収集や連絡調整
- (ウ) 利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供

イ 個人情報の内容

- (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業者がサービスを行うために必要な利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人の情報
- (イ) その他の利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人に関する情報であって、特定の個人が識別又は識別されうる情報

ウ 使用する期間

契約終了まで

22 個人情報の保護

当施設は、自ら作成又は取得し保存している利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び当法人の諸規則に則り、適正な取扱いを行います。

当施設は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供、その他利用者及びその家族又は代理人が「個人情報に利用について」あらかじめ同意しているもの以外に、利用者又はその家族又は代理人の同意なく第三者に個人情報の提供は行いません。

当施設で作成し保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及びその家族又は代理人は、いつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

23 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し職員教育を行います。

24 サービス内容に関する相談・苦情処理の体制

当事業所の利用者相談・苦情担当者

| | | | | |
|-----|-------|--------------|-------|--------------|
| 担当 | 生活相談員 | | 〇〇 〇〇 | |
| 連絡先 | T E L | 0568-56-9171 | F A X | 0568-56-9179 |

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

| 機関名 | 部署名 | 連絡先 |
|----------------|---------------|--|
| 愛知県県庁 | 高齢福祉課 | 052-954-6289 |
| 春日井市役所 | 健康福祉部介護・高齢福祉課 | 0568-85-6182 |
| 瀬戸市役所 | 高齢福祉課 | (介護認定給付係) 0561-76-8143 (介護管理係) 0561-76-8144 |
| 尾張旭市役所 | 長寿課 | (長寿支援係) 0561-76-1197 (介護保険係) 0561-76-8144 |
| 小牧市役所 | 介護保険課 | (保険資格係) 0568-76-1197 (認定係) 0568-76-1198 |
| 名古屋市守山区役所 | 福祉課 | (福祉係) 052-796-4605 (介護保険係) 052-796-4603 |
| 名古屋市北区役所 | 福祉課 | (福祉係) 052-717-6532 (介護保険係) 052-917-6522 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 介護保険課苦情調査係 | 052-971-4165 |

事業者が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関しての説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 春日井市下津町500番地
名 称 特別養護老人ホーム第2春緑苑
管 理 者 施設長 倉知 孝行

【説明者】 職 名
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、事業者が行う介護サービスの提供について同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____
氏 名 _____ 印

【家族又は代理人】 住 所 _____
氏 名 _____

利用者との関係 ()

【連帯保証人 住 所 _____
兼身元引受人】
氏 名 _____